



Fiche médicale de l'élève

L'infirmier de l'Institut Le Rosey vous prie de bien vouloir **faire remplir et signer cette fiche par votre médecin et de la renvoyer à** : Institut Le Rosey, Infirmier, Château du Rosey, 1180 Rolle, Suisse.

Nous vous remercions de votre collaboration. **Cette fiche est obligatoire et il est de première importance qu'elle soit remplie correctement.**

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe F M Date de naissance : _____ Groupe sanguin : _____

N° de tél. en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

En tant que parent/personne responsable de l'élève sus nommé, je donne l'autorisation aux infirmières, à la direction de l'école, ainsi qu'à tout enseignant de l'école concerné par les soins et la santé des élèves, d'avoir accès aux données de la fiche médicale de mon enfant. Ceci uniquement afin de répondre aux besoins de sa santé et de son éducation.

Lieu et date : _____ Signature (Parent ou personne responsable) :

Souhaitez-vous avoir un entretien particulier avec une infirmière de l'école ? OUI NON

SECTION 1 - ANAMNÈSE DE L'ÉLÈVE

L'élève souffre-t-il (elle) ou a-t-il (elle) souffert de :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| • Troubles de nutrition ou de poids | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Diabète (si OUI, préciser le type) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | _____ | |
| • Allergies (alimentaire, insectes, médicaments, etc.) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Problèmes orthopédiques | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Trouble social, émotionnel ou comportemental | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Epilepsie | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Troubles de la vision, de l'ouïe, de l'élocution | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Troubles cardiaques (par ex. souffle cardiaque, etc.) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Conséquences d'accidents ou de blessures | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Maladie chronique | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Troubles respiratoires/asthme | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Troubles dermatologiques | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Troubles rénaux, maladies du système uro-génital | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | • Autre | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI |
| • Troubles de l'apprentissage (ex. dyslexie ou autre) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | _____ | |

Merci d'apporter des précisions **en cas de réponse positive** à l'une ou l'autre des rubriques si dessus. (Nature et fréquence du trouble, dernier épisode, intensité etc.)

SECTION 2 - MALADIES

Indiquer les maladies déjà contractées par l'élève, en indiquant si possible la date :

- | | Date | | Date | | Date |
|-------------|--|-------------|--|--------------|--|
| • Oreillons | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Rubéole | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Scarlatine | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ |
| • Varicelle | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Rougeole | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Coqueluche | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ |
| • Pneumonie | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Diphtérie | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | | |
- Autre(s) maladie(s) (Mononucléose, Tuberculose, Typhus, Malaria, Pfeiffer..) NON OUI: Nom(s) et date(s): _____

SECTION 3 - QUESTIONS GÉNÉRALES

L'élève a-t-il/elle subi une hospitalisation ou intervention chirurgicale? NON OUI — Si oui laquelle? Y a-t-il des conséquences actuelles?

L'élève prend-il occasionnellement ou régulièrement des médicaments? NON OUI — Si oui, lequel (lesquels) et pour quelle raison?

Y a-t-il une restriction, ou une adaptation nécessaire, à ce que l'élève participe pleinement aux activités de l'école, y compris aux sports?
 NON OUI — Si oui, préciser la raison de cette restriction:

L'élève suit-il (elle) un traitement psychologique, ou l'a-t-il (elle) fait dans le passé? NON OUI — Si oui, donner des précisions:

Date du dernier contrôle de vision: _____

Date du dernier contrôle dentaire: _____

SECTION 4 - VACCINATIONS

L'élève a reçu les vaccins suivants (indiquer la date)

- | | Date | | Date | | Date |
|------------------------------------|---|---|---|---|--|
| • Hépatite A + B Twinrix | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Tétanos | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | Rappel: | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ |
| • Hépatite A | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Poliomyélite | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | Genre de vaccin | _____ |
| • Hépatite B | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Diphtérie - Tétanos - Coqueluche (Di-Te-Per) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: Date _____ | | |
| • Tuberculose BCG | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | • Diphtérie - Tétanos - Polio (Di-Te-Pol) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: Date _____ | | |
| • Test tuberculine (Mantoux) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: _____ | <input type="checkbox"/> avec succès <input type="checkbox"/> sans succès | | | |
| • Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI: Premier vaccin _____ | Deuxième vaccin | _____ | | |
| • Autre vaccination _____ | | Genre de vaccin | _____ | | |
| • COVID-19 | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI | Date du dernier vaccin _____ | Type de vaccin _____ | ou <input type="checkbox"/> RETABLI du COVID-19 | Date _____ |

OBLIGATOIRE : JOINDRE COPIE DU CARNET DE VACCINATION EN FRANÇAIS

Mlle / M. _____

- Est actuellement en bonne santé: OUI NON
- Contact récent avec des personnes atteintes de maladies contagieuses: NON OUI
- Doit être particulièrement suivi(e) NON OUI, détails: _____

Lieu _____ Date _____

Signature du médecin